اسماعیلی، معصومه(۱۳۹۰). بررسی تأثیر موریتادرمانی بر کاهش اضطراب.
پژوهش های روان‌شناسی بالینی و مشاوره ، ۱ (۱)، ۳۰- ۱۵.

بررسی تأثیر موریتادرمانی بر کاهش اضطراب

دکتر معصومه اسماعیلی [۱]

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۳/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۰/۴/۶

چکیده

هدف اصلی پژوهش حاضر، بررسی تأثیر موریتادرمانی بر کاهش اضطراب مراجعین به مرکز مشاوره است. ابزار استفاده شده در این پژوهش پرسشنامه حالت ـ صفت اشپیل برگر (STAI) است. متغیر مستقل پژوهش حاضر عبارت است از ۶ جلسه ی موریتا درمانی که بصورت انفرادی برای هر یک از مراجعین اجرا شده ومتغیر وابسته عبارت است از نمره‌ای که هر آزمودنی از پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر بدست می آورد. جامعه‌ی آماری پژوهش حاضر را مراجعه‌کنندگان به دو مرکز مشاوره درتهران در سال ۱۳۸۷ که زن یا مرد بودند،۲۰ تا ۳۵ سال سن داشتند، دارای تحصیلات در حد دیپلم، لیسانس یا فوق‌لیسانس بوده و هیچگونه دارویی مصرف نمی‌کردند، تشکیل می‌داد. نمونه‌ی مورد نظر در پژوهش حاضر ۲۰ زن و مرد از بین ۲۹ مراجع بود که شرایط انتخاب را داشتند و به شکل تصادفی ساده نمونه گیری شده و سپس به صورت تصادفی به یکی از دو گروه آزمایشی و یا کنترل ملحق شده بودند. در این تحقیق از روش پژوهش تجربی و طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده و تجزیه و تحلیل داده‌ها از طریق آزمون غیر پارامتریک یومن ویتنی صورت گرفته است. نتیجه‌ی پژوهش، نشان داد که درمان موریتایی در کاهش اضطراب مراجعه کنندگان مؤثر بوده است.

واژه های کلیدی: موریتادرمانی- اضطراب حالت، صفت اشپیل برگر

مقدمه

بررسی‌ها نشان داده‌اند که اختلال‌های اضطرابی دارای بیشترین فراوانی در سطح کل جمعیت هستند. اضطراب پدیده‌ای رایج، شناخته شده و فراگیر به نظر می‌آید. کسانی که از اضطراب رنج می‌برند، اغلب در

[۱] عضو هیات علمی دانشگاه علامه طباطبایی تهران azadi209@yahoo.com

سطح پایینی از سازش یافتگی قرار دارند و معمولاً از راهبردهای مقابله‌ای[1] مانند اجتناب و گریز از موقعیت استفاده می‌کنند و به طیف وسیعی از مشکلات، از اختلال‌های شناختی و بدنی تا ترس‌های غیرموجه و وحشت‌زدگی‌ها گرفتار شده، بخش عمده‌ای از امکانات خود را از دست می‌دهند و به این ترتیب کارآمدی آنها تقلیل می یابد. برای کاهش اضطراب و جلوگیری از پیامدهای ویرانگر آن، شیوه‌های متعدد درمانگری شکل گرفته‌اند بطوریکه در حال حاضر با توجه به تنوع زیاد این شیوه ها انتخاب شیوه‌ای خاص برای رویارویی با اضطراب مشکل بنظر می‌رسد. از جمله عواملی که در انتخاب نوع درمان باید به آن توجه داشت شخصیت مراجع ومشاور، فضای مشاوره، آموخته‌های قبلی مراجع و فرهنگ مشاور و مراجع است. یکی از انواع درمان-های مورد استفاده برای تعدیل اضطراب که برگرفته از فرهنگ شرقی ومناسب روحیه ایرانی است -هرچند بین روانشاسان ایرانی شناخته شده بنظر نمی‌رسد- موریتادرمانی است که در غرب طرفداران زیادی دارد.

در سال‌های اخیر، درمانگران غربی، دامنه ای غنی از فنون درمانی را به وجود آورده‌اند که غالباً ریشه آنها در شرق و در قرن‌ها قبل، یافت می‌شود(دیتریج[2]، ۱۹۷۹، به نقل از سلتزر،۱۹۸۳). درمان موریتایی توسط موریتا، رئیس بخش روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی جاییکی در توکیو در سال‌های ۱۹۳۸ ـ ۱۸۷۴، در اوایل قرن بیستم ارائه شد (رینولدز، ۱۹۸۹ به نقل از اگریسگ[3] ۱۹۹۸؛ ایشی یاما، ۱۹۸۷؛ لی واین، ۱۹۹۳؛ چن، ۱۹۹۸؛ مهد اَفندی ۱۹۹۹؛ گلمن، ۱۹۸۶).این درمانِ هدف محور[4]، بر مبنای اصول ذن بودیسم ایجاد شده است(مهد افندی، ۱۹۹۹). عنصر کلیدی این روش درمانی، برخلاف بیشتر درمان‌های غربی که هدف اولیه را حذف یا کنترل علائم اضطراب قرار می‌دهند(ایشی یاما، ۱۹۸۷)، کمک به بیمار برای افزایش آگاهی موثر در مورد علائم، بدون دستکاری موارد دیگر وتشویق او به پذیرش موقعیت خود برای غلبه بر آن است(سلتزز[5]، ۱۹۸۳). در این روش سعی در هدایت بیمار از بیش اشتغالی ذهنی درباره‌ی علائم عصبی و تلاش برای حذف آنها به سوی پذیرش اضطراب به صورت طبیعی(همان طوری که هست)، (آروگاماما) و این جا و اکنون(مائدا و ناتان[6]، ۱۹۹۹) و در عین حال، انجام رفتارهای سازنده است (ناکامورا، ۱۹۹۸).

---

[1] Coping strategies
[2] Deatherage, G
[3] Ogrisseg, J.F
[4] Purpose - Centered
[5] Seltzer, L.F
[6] Maeda, F. & Nathan, J.H

موریتا درمانی به جای تأکید بر مواجههی بین درمانگر و بیمار، مراقبه و خودگزارشی او را تشویق می‌نماید(روزن[1]، ۲۰۰۱) و به جای تأکید بر رابطه‌ی پزشک ـ بیمار، بر رابطه‌ی تعلیمی، معلم ـ شاگردی، استوار است(ایشی یاما،۱۹۹۵). این نوع از درمان به جای یادگیری کلامی‌و ذهنی، بر یادگیری تجربی، به جای کاهش ناراحتی، بر ایستادگی در برابر ناراحتی ذهنی به نفع عمل و خلاقیت تأکید دارد(ایشی یاما، ۱۹۸۷).موریتا درمانی بیشتر از آنکه به آسیب شناسی توجه داشته باشد بر مسائل هستی گرایانه و سطوح بین فردی تأکید نموده است (والش، ۱۹۸۸، به نقل از فرانس و همکاران)[2]، نهایتاً به جای این که فرآیند محور و متمرکز بر گفتگو باشد، درمانی نتیجه محور و متمرکز بر رفتار است(ایشی یاما، ۱۹۸۷ و ایشی یاما، ۲۰۰۳).

موریتا درمانی، مشکلات انسان را نتیجه‌ی فقدان بلوغ، درک نادرست و عدم هماهنگی می‌داند. به نظر موریتا مشکلات نوروتیک در افرادی به چشم می‌خورد که افکار و رفتارهای ناپخته‌ای دارند. اما می‌توان با آموزش دوباره به آن‌ها، به ویژه در مورد مسائلی از قبیل کنترل، مسئولیت، احساسات و رفتار، این مشکلات را تخفیف داد (پارلوف، ۱۹۸۷).

مفاهیمی‌که در درمان موریتایی به کار می‌روند، عبارتند از:

۱ ـ آروگاماما: مفهوم اساسی در موریتا درمانی، طبیعی بودن احساسات (آروگاماما) است. آروگاماما، به معنای واقعی کلمه «آنچه که هست» معنا می‌شود و موریتا از آن برای مفهوم پذیرش واقعیت، استفاده نمود (مهدافندی، ۱۹۹۹ و اپوشیان، ۱۹۹۴ و مائدا و ناتان، ۱۹۹۹).

۲ ـ خودهای متفاوت: خودرِفتاری با خود هیجانی، متفاوت است (ایشی یاما، b ۱۹۸۶ و رینولدز ۱۹۸۴، به نقل از ایشی یاما، ۱۹۸۷) به این ترتیب هر چند انسان هیجانات را تجربه می‌کند، اما می‌تواند در سطح رفتاری قربانی آن نشود(ایشی یاما، ۱۹۸۷). موریتا معتقد است که مراجع می‌تواند احساساتش را بپذیرد و با این وجود، بر اساس موقعیت رفتار نماید (سانسون، ۲۰۰۵).

۳ ـ پیروی از طبیعت: در اصول فلسفی تائو، تبعت از قوانین طبیعت دیده می‌شود که به مراجعان یاری می‌دهد تا آرامش و هم رنگی را به عنوان قوانین طبیعت برای موفقیت در برابر شرایط روانشناختی به کار ببندند(چانگ و همکاران، ۲۰۰۵). انسان باید کاملاً خودش را جزء نظام کل بداند و با جریان طبیعت حرکت

[1] Rosen, E
[2] France , M.H. et al

کند. کنترل تصنعی انسان نمی‌تواند جریان تحولی طبیعت را تغییر دهد و صرف انرژی و منابع انسانی، جهت چنین منظوری، بی فایده خواهد بود. درموریتادرمانی، این ایدئولوژی «تبعیت از طبیعت» نامیده می‌شود(چن، ۱۹۹۸).

۴ ـ دو سویه بودن[1]: حیات انسان کلیتی مبتنی بر تعادل میان دو منبع اساسی انرژی است. این دو نیرو در یک همزیستی مداوم ماهیت هر چیزی را در طبیعت شکل می‌دهند که حیات انسان، هم جزء آن است. از این منظر هر چیزی در جهان دارای دو جنبه است، مانند مثبت و منفی آرام و خشن، رضایت بخش و ناراحت کننده، پویا و ایستا، این متغیرهای هم زیست، مثل دو روی یک سکه اند. زمانی که ما احساس می‌کنیم، از یک طرفش تأثیر گرفتیم، تأثیر دیگری نیز همان جاست. به منظور حفظ روابط هماهنگ و خلاقانه، میان فرد و محیط ـ یا آنچه که در موریتادرمانی تبعیت از طبیعت نام دارد ـ هر دو جنبه هم در حیات انسان و هم در طبیعت باید مورد توجه قرار گیرد. از آن جائی که ویژگی دو جنبه بودن کلیت زندگی رامی‌سازد، از دست دادن یکی از دو جنبه به معنای دشواری و نقص در زندگی است. اگر یک جنبه نادیده گرفته شود، حیات تعادلش را از دست می‌دهد و مشکلات روانشناختی رخ می‌دهند. بنابراین نخستین عملکرد مشاوره و روان درمانی، کمک به مراجع برای آگاهی یافتن از دو جنبه‌ای بودن زندگی و درک زیستن از هر دو جنبه می‌باشد(چن، ۱۹۹۸).

۵ ـ خودسازنده[2]: بر اساس اصل دو سویه بودن وقتی فرد درگیر احساسات و تفکرات منفی می‌شود به سمت مشکلات روانشناسی سوق پیدا می‌کند (چن، ۱۹۹۸ به نقل از چانگ و همکاران، ۲۰۰۵). بنابراین عملکرد کلیدی روان درمانی موریتایی، کمک به مراجع است تا توجه بیشتری به ویژگیهای مثبت زندگی نماید.

۶ ـ شکاف بین واقعیت و آرمان[3]: به شکاف و تنش بین خودآرمانی و خودتجربی یا تناقض بین واقعیت و آرمان اشاره دارد(موریتا، ۱۹۲۸، به نقل از لی واین، ۱۹۹۳ و چن، ۱۹۹۸). تعارض موجود برخاسته از ذهن فرد و واقعیت است، به این صورت که فرد تلاش می‌کند تا به صورت ذهنی، آنچه را که واقعاً وجود دارد، مطابق با امیال و انتظاراتش، به شکلی که تصور می‌کند باید باشد، کنترل، اصلاح یا انکار نماید(لی واین، ۱۹۹۳).

۷ ـ تثبیت توجه[4] : اضطراب فرد در سطح بالایی به مشکلات فرد در تمرکز مربوط می‌شود. از این منظر

[1] Bilaterality Perspective / two sidedness
[2] Constructive Self
[3] Constructive Self
[4] Attentional fixation

تمرکز عمدی انسان، نقش مهمی در ایجاد مسائل روانشناختی بازی می‌کند. بنابراین" فعّالیت درمانی" می‌تواند با هدایت توجه مراجع به سمت حالت‌های معین، از این پدیده‌ی روانشناختی، بهره گیری نماید. مانند توجه به وظیفه، توجه به امور زندگی روزمره، توجه به جنبه‌های مثبت زندگی. نکته‌ی مهم، هدایت توجه مراجع به حالت‌های مطلوب‌تر شناختی، هیجانی و رفتاری است(چن، ۱۹۹۸).

۸ ـ رفتار کردن: یک تلاش عمده در موریتادرمانی، این است که مردم را وادار کند تا آنچه را که در لحظه مورد نیاز است، بدون در نظر گرفتن احساسات همراه با آن انجام دهند. رینولدز چنین می‌گوید: «لازم است که نوروتیک‌ها یاد بگیرند، مجبور نیستند احساس کنند که دوست دارند کاری را انجام دهند، بلکه فقط باید آن را انجام دهند.»(گلمن، ۱۹۸۶).

۹ ـ تجربه‌ی زمینه ای[1]: «درک کردن» و «یقین» متفاوت است. یقین نتیجه‌ی تجربه‌ی عملی فرد است در حالی که درک کردن از استدلال انتزاعی و اقناع ذهنی به وجود می‌آید. درک عمیق و درست، تنها از تجربه‌ی واقعی نشأت می‌گیرد. بنابراین تکلیف مهمی که نباید در فرایند کمک به مراجع فراموش شود، این است که او در جمع آوری، غربال و کاربرد تجربیات فعلی‌اش یاری شود. در نتیجه چارچوب کیفی یقین می‌تواند سازمان دهی شود و این امر سطح شناخت فردی را ارتقاء خواهد بخشید(چن، ۱۹۹۸).

۱۰ ـ وقفه‌های نگرشی رفتار[2]: اصطلاح وقفه‌های نگرشی رفتار که در موریتادرمانی به کار می‌رود به مفاهیم، تفکرات (انتظارات، منطق، اولویت‌ها، ارزش‌ها، مفروضه‌ها و طرح ها) و دیگر فعالیت‌های قابل مشاهده و غیر قابل مشاهده‌ی خودانگیخته‌ی مراجع بر می‌گردد که از انجام فعالیت‌های دلخواه و مطلوب، جلوگیری به عمل می‌آورد. حتی زمانی که مراجعان به شناخت و بینش کافی و تشخیص لزوم اجرای یک کار معینی می‌رسند، ممکن است هنوز از آن اجتناب ورزند(ایشی یاما، ۱۹۹۰).

۱۱) پذیرش اضطراب[3]: یکی از مفاهیم کلیدی در رویکرد موریتا، عبارت است از تأکید او بر پذیرش اضطراب و احساسات مرتبط به عنوان بخشی از زندگی انسان و تبدیل این احساسات به یک انرژی مثبت تا منجر به آغاز فعالیت‌های سازنده و سالم در زندگی شود(ایشی یاما، ۱۹۹۰a,b به نقل از چن، ۱۹۹۶).

---

[1] Contextual experience
[2] Behavioral Attitudinal Blocks
[3] Acceptance of Anxiety

در ارتباط با تأثیر موریتا درمانی، رینولدز(۱۹۷۶) گزارش نمود که اوهارا[۱]، آیزاوا[۲] و ایوای[۳] در سال ۱۹۷۰، با متاآنالیزی از ۱۱ مطالعه‌ی انجام شده بین سال‌های ۱۹۱۹ و ۱۹۶۰، دریافتند که ۸۴٪ بیماران، معالجه شده یا بهبود یافته‌اند. این ارقام با توجه به مسائل روش شناسی موجود در این پژوهش، باید محتاطانه تفسیر شوند(اپوشیان، ۱۹۹۴).مطالعه‌ی تک موردی[۴] تجربی ایشی یاما(۱۹۸۶) با عنوان تأثیرات شناختی- رفتاری موریتا درمانی کوتاه مدت بر مراجعان غربی مبتلا به اضطراب اجتماعی، مؤثر بودن این نوع درمان را نشان دادند. ایشی یاما (۱۹۹۱) تأثیرات مداخله‌ی کوتاه مدت موریتا را بر ۵ دانشجوی دانشگاه کانادا مورد بررسی قرار داد. اثر بخشی مداخله را در ۴ نفر از ۵ مراجع تأئید نمود(ایشی یاما، ۱۹۹۱). این مطالعه به عنوان یکی از اولین نشانه‌های کمی‌اثر بخشی موریتادرمانی در غرب، در نظر گرفته شد.کِلی[۵] در سال ۱۹۹۲ کاربرد موریتا درمانی را به صورت مؤلفه‌ای در یک بسته‌ی درمانی انتخابی، شامل رویکردهای گشتالت، راجرزی و سایکودینامیک برآسیب دیدگان زنای با محارم، بررسی کرد. او مطالعه‌ی موردی خانمی‌را که مورد سوء استفاده‌ی جنسی قرار گرفته و به طور موفقیت آمیزی با استفاده از این رویکرد انتخابی، تحت درمان قرار گرفته بود را گزارش نمود. برنامه‌های موریتایی در این شیوه، در بخش آخر درمان، زمانی که درمان بر رفتارهای سازنده، متمرکز بود، اجرا شد. مراجع گزارش نمود که با کسب توانایی پذیرش اضطراب در حین انجام رفتارهای جدید و سازنده‌تر به روابط بین فردی سالمتری دست یافت (اپوشیان، ۱۹۹۴). اپوشیان (۱۹۹۴) اثر بخشی موریتا درمانی به شیوه‌ی گروهی را بر مبتلایان به هراس اجتماعی نیز بررسی کرد. نتایج تحقیق نشان داد افراد گروه آزمایش، نسبت به گروه کنترل در همه‌ی موارد بهبودی معناداری یافتند. کمپبل و همکاران[۶] (۲۰۰۶) تأثیرات ذهنی و روانشناختی مهار احساسات را در مقایسه با پذیرش آن‌ها در نمونه‌ای از افراد مبتلا به اضطراب و اختلالات خلقی بررسی کردند. ۶۰ مراجع با تشخیص اختلالات خلقی و اضطرابی به طور تصادفی در ۲ گروه قرار گرفتند. یک گروه به استدلالی[۷] برای سرکوب احساسات و گروه دیگر به استدلالی برای پذیرش آن‌ها گوش دادند. سپس اعضاء،

---

[1] Ohara, K
[2] Aizawa, B
[3] Iwai, H.
[4] Single - case
[5] Kelly, P
[6] Campbel, L. et al
[7] Rational

یک فیلم احساس برانگیز را تماشا کردند و به دستورات آن عمل نمودند. پریشانی ذهنی[1]، ضربان قلب، میزان هدایت پوست و آریتمی‌حفره‌ی تنفسی، قبل و بعد از فیلم اندازه‌گیری شد. گرچه دو گروه میزان‌های مشابهی از پریشانی ذهنی را در طی فیلم گزارش کردند، اما گروه پذیرش تأثیرات منفی کمتری را در طی زمان پس از نمایش فیلم گزارش نمود. به علاوه گروه سرکوب، افزایش ضربان قلب و گروه پذیرش، کاهش ضربان قلب را در پاسخ به فیلم نمایش دادند. اما هیچ تفاوتی بین دو گروه از هدایت پوستی یا آریتمی‌حفره‌ی تنفسی مشاهده نشد. فورمن و همکاران[2] (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای ACT (درمان پذیرش و مسئولیت) را با (درمان شناختی) CT مقایسه کردند. آنها صد و یک مورد مراجعین سرپائی ناهمگن با میزان متوسط تا شدیدی از اضطراب یا افسردگی را که به طور تصادفی به (CT) یا (ACT) تقسیم شدند را مورد بررسی قرار دادند. به طور کلی، نتایج، پیشنهاد می‌کند که ACT کارآمد و قابل انتشار است و با آن که با مکانیسم‌های متفاوتی عمل می‌کند، تأثیری حداقل معادل با CT دارد. رومرو[3] اورسیلو[4] (۲۰۰۷) در مطالعه‌ای پیشنهاد کردند که اجتناب از تجربه، ممکن است نقش مهمی‌را در اختلال اضطرابی فراگیر (GAD)[5] داشته باشد. تأکید آن‌ها در بین درمان‌های اختلال اضطراب فراگیر، بر درمان‌های ذهن آگاهی و رویکردهای مبتنی بر پذیرش بامدل‌های شناختی ـ رفتاری موجود، متمرکز بود. آنها چنین فرض کردند که درمانی که بر پذیرش تجربه تأکید دارد، ممکن است هم منجر به کاهش علائم شود و هم بهبود کیفیت زندگی را برای افرادی با اختلالات مزمن، به دنبال داشته باشد. سپس در یک آزمایش آزاد[6] یک نوع رفتار درمانی بر مبنای پذیرش را که جدیداً برای درمان GAD استفاده می‌شود، بر ۱۶ مراجع که گزارشاتی از علائم اضطرابی، افسردگی و ترس و اجتناب از تجارب درونیشان داشتند، اجرا کردند. مراجعان کاهش واضحی را در شدت علائم بالینی GAD نشان دادند، همچنین آنها بهبود درکیفیت زندگی شان را نیز گزارش نمودند. این تغییرات پس از درمان مشاهده شده و در پیگیری سه ماهه نیز تداوم داشت. فورمن[7]، هربرت[8]، موریتا[9]، یموناس[1] و گلر[2] (۲۰۰۷) در تحقیقی، تأثیر درمان پذیرش و مسئولیت را در

---

[1] Subjective distress
[2] Foreman , E. M. et al
[3] Romer , L.
[4] Orsillo , S. M.
[5] Generalized anxious disorder
[6] Open trial
[7] Forman, E.M
[8] Herbert, G.D
[9] Morita, E

مقایسه با درمان شناختی بر افراد مبتلا به اضطراب یا افسردگی بررسی کرده و نتیجه گرفتند که رفتار اجتناب اجتماعی، در گروهی که درمان پذیرش و مسئولیت گرفته بودند، کاهش بیشتری داشته است.

با توجه به اشتراکات مفاهیم زیربنایی موریتا درمانی با فرهنگ ایرانی ونتایج مثبت حاصل از این نوع درمان، این سؤال برای محقق مطرح شد که آیا موریتا درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب نمونه‌ی ایرانی نیز مؤثر باشد؟

این پژوهش با هدف ارزیابی تاثیر موریتا درمانی در کاهش اضطراب صورت گرفته است. فرضیه‌ی پژوهش عبارت است از: موریتادرمانی برکاهش میزان اضطراب مبتلایان به اضطراب مؤثر است. به این ترتیب متغیر مستقل پژوهش عبارت بود از ۶ جلسه ی موریتا درمانی که بصورت انفرادی برای هر یک از مراجعین اجرا شد و متغیر وابسته عبارت بود از نمره‌ای که هر آزمودنی از پرسشنامه اضطراب اشپیل برگر بدست آورد.

دراین تحقیق از روش پژوهش تجربی و طرح پیش آزمون ـ پس آزمون با گروه کنترل استفاده شده است.

RG_1	T_1	x	T_2
RG_2	T_1	-	T_2

جامعه آماری نمونه و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری این پژوهش را زنان و مردان ۲۰–۳۵ سال مراجعه‌کننده به دو مرکز مشاوره درتهران با سطح تحصیلی دیپلم، لیسانس یا فوق‌لیسانس بودند که تشخیص روانپزشکی اضطراب فراگیر دریافت کرده بودند ودر زمان اجرای تحقیق هیچگونه دارویی مصرف نمی‌کردند. نمونه‌ی مورد نظر در پژوهش حاضر را ۲۰ زن ومرداز بین ۲۹ مراجع به دو مرکز مشاوره تشکیل می‌دادند که شرایط انتخاب را داشتند. نمونه مورد نظر از بین مراجعین معرفی شده به عنوان مبتلا به اضطراب که نمره اضطراب بالایی داشتند، به صورت تصادفی در دو گروه کنترل یا آزمایش جایگزین شدند.

پرسشنامه حالت ـ صفت اشپیل برگر (STAI)[۳]

پرسشنامه حالت ـ صفت اشپیل برگر (STAI) این پرسشنامه شامل ۴۰ گزینه خود گزارشی است و اضطراب

---

[1] Yemonas, P.D
[2] Geller, P.A.
[3] state- trait anxiety inventory

فراگیر را می سنجد. ۲۰ گزینه اول حالت[1] و ۲۰ گزینه بعدی صفت[2] اضطراب را می سنجد. یعنی بطور کلی شخص چه احساسی دارد. مقیاس STAI از میزان اعتبار و پایایی زیادی برخوردار است.(اشپیل برگر، گورسوک، لاچن، واگ و جاکوبز[3]، ۱۹۸۳ به نقل از شمس و همکاران ۱۳۸۳). در تحقیق حاضر از مقیاس حالت استفاده شده است. این پرسشنامه ۲۰ ماده دارد که بر اساس مقیاس لیکرت، (۱) خیلی کم، (۲) کم، (۳) زیاد و (۴) خیلی زیاد نمره گذاری می شود (پناهی شهری ۱۳۷۲). برای ماده های ۱ الی ۲۰ هر یک از فرم های حالت و صفت حداقل ۲۰ و حداکثر ۸۰ نمره در نظر گرفته می شود. بنابراین نمره هر آزمودنی در هر فرم بین نمره ۲۰ تا ۸۰ قرار خواهد گرفت. صادقی (۱۳۸۳) گزارش می دهد که ضریب اعتبار (همگونی) این مقیاس را برای مقیاس حالت ۰/۹۳۱ و برای مقیاس صفت ۰/۹۰۸ محاسبه کرده است. همچنین همبستگی بالای پرسشنامه اشپیل برگر و آزمون اضطراب کتل با فرض روایی مناسب آزمون اضطراب کتل، ۰/۹۳ و مثبت و معنا داراست و بنابراین از این پرسشنامه برای سنجش اضطراب می توان استفاده کرد.

مراحل اجرای پژوهش عبارت بود از : ۱) گزینش تصادفی آزمودنی ها برای گروه کنترل و آزمایش ۲) اجرای پیش آزمون و جمع آوری داده های مربوطه ۳) اجرای متغیر مستقل برای آزمودنی هایی که به صورت تصادفی در گروه آزمایش قرار گرفته اند ۴) اجرای پس آزمون و جمع آوری اطلاعات و داده های ناشی از اجرای آن ۵) تجزیه وتحلیل داده‌ها ۶) گزارش تحقیق

روش تجزیه و تحلیل داده ها

پس از نمره گذاری پرسشنامه های آزمودنی های دو گروه، نتایج در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در سطح توصیفی از شاخص های گرایش مرکزی؛ شاخص های پراکندگی و کشیدگی استفاده شد. در تجزیه و تحلیل استنباطی نیز برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون کولموگروف اسمیرنوف استفاده شد و با توجه به نرمال نبودن نمرات هر دو گروه، امکان استفاده از روش کوواریانس برای کنترل آماری پیش آزمون وجود نداشت. بنابر این با استفاده از آزمون غیر پارامتریک یو مان ویتنی، تفاوت میانگین های گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون مورد مقایسه قرار گرفت تا

[1] state
[2] trait
[3] Speaburger, Gursuck, Lachen, Wug, Jacobs

تاثیر موریتا درمانی بر کاهش اضطراب آزمودنی‌هامشخص شود.

شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و کجی نمرات مقیاس اضطراب و آزمون نرمال بودن نمرات آزمودنی‌ها در جدول زیر آمده است.

جدول ۱ : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات اضطراب گروه آزمایش

آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	خطای استاندارد کجی	آزمون کولموگروف اسمیرنف	
					مقدار Z	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۵/۹۰	۱۲/۱۵۰	۰/۸۶۹	۰/۶۸۷	/۵۱۶	/۹۵۱
پس آزمون	۳۲/۷۵	۸/۰۴۴	۰/۸۰۵	۰/۶۸۸	/۴۴۷	/۹۸۹

در جدول فوق نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف حاکی از نرمال نبودن تمام نمرات مقیاس اضطراب است.

شاخص های گرایش مرکزی، پراکندگی و کجی نمرات مقیاس اضطراب گروه گواه وآزمون نرمال بودن نمرات آزمودنی‌ها در جدول زیر آمده است.

جدول۲ : شاخص های گرایش مرکزی و پراکندگی نمرات اضطراب گروه گواه

آزمون	میانگین	انحراف استاندارد	کجی	خطای استاندارد کجی	آزمون کولموگروف اسمیرنف	
					مقدار Z	سطح معناداری
پیش آزمون	۴۴/۵۰	۹/۷۳۲	۱/۰۷۲	۰/۶۸۱	۰/۶۴۱	۰/۸۰۶
پس آزمون	۴۸/۲۰	۱۲/۲۱۸	-۰/۱۰۰	۰/۶۸۰	۰/۳۸۱	۰/۹۹۱

نتایج آزمون کولموگروف اسمیرنوف در جدول فوق حاکی از نرمال نبودن نمرات مقیاس اضطراب است.

جدول زیر نتایج آزمون یو مان ویتنی را برای مقایسه میزان تغییرات اضطراب دو گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون و پس آزمون در اثر موریتا درمانی نشان می دهد.

جدول۳: نتایج آزمون یو مان ویتنی برای آزمون تاثیر بر کاهش اضطراب موریتا درمانی

گروه ها	مجموع رتبه ها	میانگین رتبه ای	مقدار من ویتنی	مقدار Z	سطح معناداری
موریتا درمانی	۵۵۰/۴۱	۲۷/۵۰	۵۹/۴۹۰	-۳/۸۰۴	۰/۰۰۰
گروه گواه	۲۶۹/۵۰	۱۳/۴۰			

همانگونه که در جدول فوق ملاحظه می شود میزان تفاوت نمرات اضطراب گروه آزمایش در اثر موریتا درمانی بیشتر از گروه گواه بوده و این تفاوت معنادار است. بنابراین فرضیه صفر مبنی بر معنادار نبودن تفاوت میزان تغییرات اضطراب در اثر روش درمانی موریتایی در سطح ۰.۰۱ رد شده و فرضیه مقابل مورد تایید قرار گرفته است و با اطمینان ۹۹ درصد می توان گفت که این روش در کاهش اضطراب اعضای گروه آزمایش تاثیر داشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

روان درمانی شناختی از جمله درمان شناختی هیجانی مفهوم اضطراب را به عنوان جلوه ای از افکار غیرمنطقی در نظر می گیرد که باید این افکار مورد بحث و تحلیل قرار گیرند تا تغییر یابند اما موریتا درمانی، اضطراب را از زاویه مثبت مورد توجه قرار داده است.از آنجا که اضطراب مولفه اصلی زندگی روزمره است، رهایی از آن غیرممکن است. نبرد با اضطراب توان و انرژی زیادی را از انسان می گیرد. شیوه ای موثرتر در حفظ و استفاده کامل از انرژی محدود بشر تبدیل انرژی منفی به نیروهای سودمند است. درمان موریتایی بر این فرض استوار است که هیجانات فرد از جمله، اضطراب دارای نوسان طبیعی است و در قلمرو کنترل فرد قرار ندارند. بنابراین، این پدیده‌ها صرفاً باید مورد «پذیرش» و تصدیق قرار گیرند(اگریسگ، ۱۹۹۸). به عبارت دیگر، این درمان مراجع را به مشاهده و تأیید احساسات ناخوشایند هدایت می‌کند و به جای این که از او بخواهد تا به این احساسات خود واکنش نشان دهد، وی را جهت انجام رفتار کارآمد و پاسخ به موقعیت موجود فرا می‌خواند(لی واین، ۱۹۹۳). مفهوم پایه ای موریتا مبتنی بر این پیش فرض است که اضطراب، توام با تمایل انسان به خود شکوفایی است و این بیانگر ماهیت انگیزشی مثبت انسان به رشد است. به عبارت دیگر زندگی با اضطراب به معنای رویارویی با واقعیت و چالش کردن و پرداختن به اقداماتی عملی برای حل مشکل است. لذا

پذیرش می تواند به عنوان شکل پنهان کنارآمدن موثر باشد. موریتادرمانی، جهت گیری رفتاری-شناختی دارد. در واقع فنون مداخله ای آن، ماهیتی فعال دارد. در این الگو چنین فرض می شود که افراد می توانند تجارب زندگی خود را از طریق کار با تجارب عملی و توجه به اصل اکنون و اینجا ارتقا بخشند، اما فراتر از تجربه احساسات می رود. در این الگوهدف مداخله درمانی کمک به مراجع در فعال شدن است و برای این امر دو دلیل عمده را ذکر کرده اند. اول اینکه تمایل به خودشکوفایی و زندگی، از طریق فعالیتهای سازنده تحقق می-یابد. دوم اینکه خودِ پرداختن به فعالیت، به نوعی یک فرایند فعال یادگیری است و از این طریق اضطراب به تدریج کاهش می یابد، چرا که مراجع نسبت به تماس کامل خود با محیط آگاه تر می شود. مفهوم کلیدی موریتا یعنی کنار آمدن موثر با محیط مستلزم رفتارهای سودمند است. به ویژه آنکه لازم است توجه کنیم که هدف نهایی کارامدی رفتاری، کسب سلامت روان شناختی متعادل نسبت به حالت "خود تعالی بخشی[1] "است. ایشی یاما[2](۱۹۸۶) پیشنهاد می کند که چنین حالتی از بودن، این امکان را به مراجعان می دهد که تجارب ذهنی خود را درک کرده و و به فعالیت سودمندتری بپردازند:آنها دریافتند که هیجانات و رفتار(فعالیت) می توانند در کنار هم همزیستی داشته باشند. مراجعین به فعالیت می پردازند نه به این خاطر که در حالت تعادل روانی قرار گرفته‌اند یا به خوبی می توانند اضطراب خود را کنترل کنند، بلکه به خاطر داشتن تکالیفی که موظف به انجام آن هستند. سپس مراجعین می توانند اهداف شخصی خود را دنبال کنند در حالیکه غنا و ظرایف عواطف را بدون طرد یا فرافکنی درک می کنند. علاوه بر این همانطور که زندگی پیش می رود، احساسات اضطرابی جدید می توانند خلق شوند. به هر حال پرداختن به رفتارهای سازنده و عمل به مراجعین کمک می کند تا با این احساسات عاطفی کنار بیایند،ادراکهای زیربنایی آنها را دریابند و به تدریج آنها را به سوی رشد شخصی تعالی بخشند.لازمه تشویق مراجع برای اینکه به گونه ای موثر با اضطراب زندگی کند، این است که مجموعه ای از تکالیف مشابه با فنون یادگیری اجتماعی را انجام دهد. مبادرت به اعمالی برای احساس پویایی:درگیری مراجع در فعالیتهای روزمره منجر به چنین احساسی می شود. هدف انجام این فعالیت، اصلاح رفتاری نیست بلکه تشویق مراجع برای احساس پویایی درهنگام درگیری در هر نوع فعالیت اجتماعی است که به ادراک ذهنی او از زندگی منجر می شود. مراجع در می یابد که احساس اضطراب بخشی طبیعی از محتوای کلی زندگی است

[1] 'Ego-transcending'
[2] Ishiyama

و نباید خود را بیش از حد درگیر آن سازد. تعالی توجه: همانطور که آگاهی مراجع از تجارب زندگی اش افزایش می یابد، توجه شناختی و عاطفی او نیز(یعنی منابع درونی)از خودآگاهی افراطی و خود مشغولیتی، به سازگاری با واقعیت تغییر می یابد. از آنجا که تمرکز بر تفکر مثبت و فعالیت محوری در موقعیت های واقعی زندگی سودمندتر است، مراجع در دنبال کردن تکالیف زندگی مرتبط با هدفش فعال‌تر می شود.این فرایند بدون کنترل آگاهانه اضطراب انجام می گیرد. به تدریج مراجع درمی یابد که قادر به کنترل اضطراب شده است. تغییر منابع شناختی و عاطفی از یک موقعیت یعنی ترس و اضطراب به موقعیتی دیگر یعنی اعتماد و خودشکوفایی، بیانگر شیوه ای خاص از سازگاری انسان است. در درمان موریتایی، با استفاده از فن باز تعبیر مثبت(ایشی یاما، ۱۹۸۷) می‌توان از جنبه‌های منفی، علائم مثبتی را برداشت نمود(چن، ۱۹۹۸). از نظر موریتا، ترس، نگرانی و اضطراب دارای دو جنبه است که می‌توان آن را دو روی یک سکه در نظر گرفت(اپوشیان، ۱۹۹۴). بنابراین، مسائل روانشناختی و اضطراب فرد بستگی به این دارد که بر کدام روی این سکه تمرکز داشته باشد. اگر فرد توجهش را به جنبه‌های «منفی» برگرداند، به سمت مسائل روانشناختی متناسب آن کشیده خواهد شد و بر عکس(چن، ۱۹۹۸). به همین ترتیب، ترس از شکست و ارتباط اجتماعی، روی دیگر سکه‌ی میل به موفقیت در ارتباطات اجتماعی است(ایشی یاما، ۱۹۸۷). بنابراین اگر در این مقوله نیز فرد توجهش را بر جنبه‌ی منفی یعنی جنبه‌ی ترس و اضطراب موجود در ارتباطات قرار دهد، سبک زندگی خلق مدارانه‌ای در پیش خواهد گرفت که در آن برای کنترل احساسات اضطرابی ناخوشایند، رفتارهای اجتنابی به کار گرفته می‌شود و نتیجه‌ی آن رفتارها نیز، چیزی جز انزوای اجتماعی و رفتارهای انزوایی ناکارآمد نخواهد بود(اپوشیان، ۱۹۹۴). در درمان موریتایی به مراجع کمک می‌شود تا توجه بیشتری به ویژگی‌های مثبت نموده، انرژی و تمرکزش را بر روی دیگر سکه ـ میل سازنده‌ی متناظر با اضطراب و نگرانی ـ قرار دهد و روابط بین فردی معنادار و ارزشمندی را برقرار نماید و به انجام امور مثبت بپردازد. یافته‌های حاضر با نتایج پژوهش‌ایشی یاما(۱۹۹۱) و اپوشیان(۱۹۹۴) فورمن و همکاران(۲۰۰۷)،چانبولی(۲۰۱۰) کیتانی‌ویش(۲۰۰۸) و نیز یان لینگ(۲۰۰۸) مطابقت دارد.

منابع و مآخذ

- پناهی شهری،م.(۱۳۷۲)."هنجاریابی آزمون اضطراب صفت حالت اشپیل برگر در میان دانش آموزان و دانشجویان شهراصفهان". پایان نامه کارشناسی ارشد،دانشگاه تربیت معلم: تهران.
- شمس،گ. کرم قدیری،ن. اسماعیلی ترکانبوری، ی و ابراهیم خانی،ن. (۱۳۸۳).اعتبار و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه باورهای وسواسی. فصلنامه تازه های علوم شناختی.(۶)۴۴-۶۷.
- صادقی،غ. (۱۳۸۱).هنجاریابی اضطراب اشپیل برگر. پایان نامه کارشناسی ارشد.دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.

- Aposhyan, H.M. (1994). The efficacy of Morita Therapy Applied in a Group Modality for socially phobic Adults: An outcome study. *A Dissertation, the degree of Doctor of philosophy*. The Graduate school of the university of Oregan.

- Campbell , S & Barlow, D. H & Brown, A & Hofmann, G .(2006). Effects of supression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy Journal*. Vol 44. Issue 9.

- Chang, F &Tong, H & Shi, Q & Zeng, Q .(2005). Letting a Hundred Flowers Bloom: Counseling and psychotherapy people's Republic of China. *Journal of Mental Health counseling.* Vol 27. No 2,104-116.

- Chang, R & Page, R. C. (1991). Characteristics of the self – Actualized person: Visions from the East and west. *Counseling & Values Journal*. Vol 36 . Issue 1.

- Chen, P. (1996). Positive living with anxiety, A Morita perspective of human agency. Vol 9. issue 1.

- Chen, P. (1998). A holistic approach to Worklife dynamics: Morita Philophy - based career counseling. *Counseling Psychology Journal*. Vol 11. Issue 3.

- Foreman, E. M. & Herbert, J.D. & Morita, E. & Yeomans, P.D.& Geller, P.A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and Depression. *Journal of Behaviour Modification*. Vol 31. Issue 6, 772-990

- Goleman, D. (1986). In Japan, Grattitude to others is stressed in psychotherapy. *New yourk times*. Late Edition, N.Y. pg. C.1.

- Ishiyama, F. I. (1991). A Japanese reframing technique for brief social anxiety treatment: An Exploratory study of cognitive and therapeutic effects of morita therapy. *Journal of cognitive psychotherapy: An International quarterly,* 5,55-70.

- Ishiyama, F .(1990). A Japanese perspective on client interacrion: Removing Attitudinal Blocks through Morita Therapy. *Journal of counseling & Development*. Vol 68.

- Ishiyama, F .(2003). A Bending willow Tree: A japanese (morita therapy) Model of

Human Nature and Client Change. *Canadain Journal of counseling*. Vol 37. P 216-231.

- Ishiyiama, F .(1986). A single ـ case Experimental Study of Cognitive and Therapeutic Effects of Brief Morita Therapy upen Socialy Anxious client. *Canadian Journal of counseling*. 20 (1), 56-65.

- Ishiyiama, F .(1987). Use of Morita Therapy in Shyness Counseling in the West: promoting Client's Self - Acceptance and Action Taking. *Journal of counseling & Development*. Vol 65.

- Ishiyama, I .(2009). morita therapy : its basic features and cognitive intervention for anxiety treatment *, psychotherapy: theory, Research,practice,training*, volume 23 Issue 3, pages 373-381.

- Kitanivish, M .(2008). diagnosis consideration of morita shinkeishtsu and DSMIII R kenji, *Psychiatry and clinical neurosciences*, volume 56, issue 6, pages 603-608.

- Levine, P & Matsuda, Y .(2003). Clinical case study Reformulation of Diagnosis with Attention to Cultural Dynamics: case of Japanese Woman hospitalized in Melbourn, Australia, culure. *Medicine & psychiatry Journal*,27: 221-243.

- Levine, P & Watanabe, N .(2006). Morita therapy outside Asia. Available from. WWW. http:/ Fcms. its. utas. edu. au/healthsci/ruralhealth/ newsdetail. asp? NewsEventId =2239

- Levine, P .(1993). Morita – Based Therapy and its Use Across Cultures in the Treatment of Bulimia Nervosa. *Journal of counseling & Development*. Vol 72.

- Maeda, F & Nathan, J. H .(1999). Undrestanding Taijin Kyofusho through its treatment, Morita therapy. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol 46. No 6.

- Mohd Affandy,Y.(1999). Attitude, training and experience in alternative methods of psychotherapy among students in social work, counseling and psychology. *A Dissertation submitted in partial fulfilment of the requirements for the Degree of Doctor of philosphy*. The Gredauate school of the union Institute Cincinnati, Ohio.

- Nakamura, K .(1998). Common Languauge for psychotherapy procedures; Morita therapy. Available from. www. eabct. Com/ pdf/ common – language. Pdf.

- Nelson, J.k. & Madison,M .(2001). Differentation of self. Available from. www. google. Com.

- Ogrisseg, J.F .(1998). Communication Apperehension and Morita Therapy: Evaluation Of a Brief Morita Therapy Workshop Against A Stress Management Education Workshop. *A Dissertation, the degree of Doctor of philosophy.* College of Bowling Green state university.

- Parloff, M, B. (1987). Even in summer the ice doesn't melt. Book reviews. Psychology today journal. *Vol. 2.* London: Butterworth. pp. 26-34.

- Reynolds, D.K .(1980). The Quiet therapies: Japanense pathways to personal Growth. The university of Hawaii Press. Honolulu. Pages 135. Available form. http:/ books. Google. Com/ books.

- Reynolds, D.K .(1977). Morita therapy. *Journal of personality Assessment*. Vol 41. Issue5.

- Roemer, L & Orsillo, S.M .(2007). An Open trial of an acceptance – based behaviour therapy for generalized anxiety Disorder. *Journal of Behaviour Therapy*. Vol 38. Issue1.75-82.

- Rozen, E .(2001). The Influence of Culture on Mental Health and Social Psychology in

Japan. *Journal of social psychology*. Vol 47. Issue 2. 43-51.

- Sansone, D .(2005). Morita Therapy and constructive living: Choice Theory and Reality Therapy'S of Eastern Family. *International journal of Reality therapy*. Vol XXV. NO 10.

- Seltzer, l.F. (1983). Paradoxical Strategies in Psychotherapy. *A Dissertation Submitted in Partial fulfilment of philosophy.* The Graduate Studies and research of the university of cin cinatti.

- yanling,H .(2008). morita therapy for schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin* , vol 34, NO 6 pp 1021-1023.

- yanling, H. Dehua Y. Ichiro M . (2010).Morita therapy for anxiety disorders , *Cochrane database of systemic* , issue 7.